

ANNEE 1937

THÈSE

N°

64

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri RATHLE

Né le 4 Novembre 1911, au CAIRE (Egypte)

**Contribution à l'étude
d'un traitement du trachome**

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri RATHLE

Né le 4 Novembre 1911, au CAIRE (Egypte)

Contribution à l'étude
d'un traitement du trachome

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

—
1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEU.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOLLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARJON.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES
BENARD Henri	Pathologie chirurgicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Pathologie médicale.
BOULIN	Hydrologie.
BULLIARD	Pathologie médicale.
CATHAIA	Histologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Pathologie médicale.
FEY	Physique.
FUNCK	Urologie.
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
	DE GAUDART
	D'ALLAINES
	Pathologie chirurgicale.
	DE GENNES
	Pathologie médicale.
	GAYET
	Physiologie.
	GIROUD
	Histologie.
	HAGUENEAU
	Pathologie médicale.
	HALPHEN
	Oto-rhino-laryngologie.
	HAZARD
	Pharmacologie.
	HUGUENIN
	Anatomie pathologique.
	JOANNON
	Hygiène.
	LABBE Henri
	Chimie biologique.
	LACOMME
	Obstétrique.
	LANTUEJOL
	Obstétrique.
	LAROCHE Guy
	Pathologie médicale.
	LELONG
	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR.....	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Fasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A qui je dois tout, en témoignage
de mon profond amour filial, en re-
merciement des sacrifices qu'ils ont
consentis pour moi.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE, MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

*Professeur de Clinique Ophthalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur*

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE S. E. MOHAMED CHAHINE PACHA
Ancien Sous-Secrétaire d'Etat à l'Hygiène Publique

A MONSIEUR LE DOCTEUR ISSA-EL-MAZNY BEY
*Directeur des Hôpitaux ophtalmologiques
du Gouvernement*

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROWLAND WILSON
*Directeur du Memorial Laboratory
de l'Hôpital de Guizeh (Le Caire)*

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS MEYERHOF ET HABACHI

Qui m'ont inspiré le sujet de cette
Thèse et m'ont aidé de leurs précieux
conseils dans l'élaboration de ce travail.

En témoignage de vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC-ADRIEN DOLLFUSS
*Chef de Clinique à la Clinique Ophtalmologique
de la Faculté de Médecine de Paris*

CONTRIBUTION A L'ETUDE D'UN TRAITEMENT DU TRACHOME

AVANT-PROPOS

A l'instigation de mon Maître, le Professeur TERRIEN, qui m'a fait le grand honneur de présider ma Thèse et qui m'avait demandé de traiter un sujet égyptien d'ophtalmologie, j'ai voulu répondre à son désir en parlant d'un sujet qui fut longuement, âprement discuté et qui est une des principales raisons de l'érection et de l'organisation des hôpitaux ophtalmologiques en si grand nombre en Egypte. Je veux parler d'une des affections les plus répandues, une des plus rebelles à la thérapeutique et qui, avec la conjonctivite purulente cause le plus de cécités en Egypte.

Qu'est donc cette entité pathologique et quelles sont nos armes contre elle ?...

Je terminerai en vous exposant un mode particulier de traitement des formes rebelles du trachome.

DEFINITION

La définition du trachome que nous avons choisie est celle donnée par CUÉNOD et R. NATAF (1) dans leur volume : « Le Trachome ». Une affection spécifique, contagieuse, chronique, localisée à la conjonctive de l'homme (et expérimentalement de quelques espèces de singes); elle est causée par un virus filtrable et caractérisée essentiellement par de nombreuses petites néo-formations folliculaires faisant saillie à la surface de la muqueuse du rebord supérieur du tarse, d'où elles peuvent se généraliser, néo-formations évoluant avec lenteur (mois, années), s'accompagnant habituellement d'un cortège d'affections surajoutées, mais ne déterminant à l'état pur, qu'une réaction inflammatoire faible ou insignifiante; dans l'un et l'autre cas, le processus tend à une atrophie de la muqueuse et de la sous-muqueuse, particulièrement marquée au niveau du tarse, où elle est bien visible sous la forme de tractus cicatriciels.

Cependant cette définition excellente ne peut pas s'appliquer à toutes les formes du trachome car à côté du trachome chronique il existe des formes de trachome aigu dont nous parlerons plus loin, guérissant sans cicatrices, visibles ni à l'œil nu ni à la loupe. Il existe même des trachomes subaigus ou chroniques ne laissant après eux que de très fines travées cicatricielles visibles seulement à la loupe. Ces fines cicatrices s'observent particulièrement dans les trachomes bien soignés : la technique du traitement par laquelle je terminerai mon travail offre un grand pourcentage de cicatrisations rapides et peu visibles.

FORMES CLINIQUES DU TRACHOME

Elles ont été bien définies par MAC-CALLAN :

Ti) (formes de début), manifesté peu après la contamination.

Tii) trachome évolutif qui se divise en 3 parties.

Tii_a) dans lequel les follicules prédominent.

Tii_b) dans lequel on remarque la présence de papilles hypertrophiées à côté des follicules.

Tii_{b'}) dans lequel le trachome existe avec les papilles du catarrhe printanier.

Tii_c) Trachome compliqué de conjonctivite gonococcique au stade de gonorrhée chronique.

Tiii) Ou la cicatrisation a commencé.

Tiv) Cicatrisation complète.

Certains auteurs, en particulier CUÉNOD et R. NATAF ayant démontré le rôle des infections surajoutées au trachome, ne donnent pas à la division T. ii *a* et T. ii *b* le sens que leur a donné MAC-CALLAN. Pour eux le trachome T. ii_a désigne le trachome pur et le T. ii_b le trachome associé à une conjonctivite.

Notons, de plus, qu'il existe un stade précédent le trachome T. i mis en évidence par R. P. WILSON, directeur du *Mémorial Laboratory* de l'Hôpital ophtalmologique de Guiseh. Mais avant de définir ce tout premier début de manifestation de la maladie, je me permets de décrire l'aspect de la conjonctive normale indispensable pour bien saisir les altérations pathologiques du début du trachome et celle caractérisant le trachome cicatriciel.

CONJONCTIVE NORMALE

La conjonctive normale, présente deux groupes de vaisseaux : les uns grêles et courts, descendant du bord libre de la paupière ; ils proviennent des vaisseaux perforant dont l'origine est l'arc interne. Les autres, plus volumineux et plus longs, apparaissent au bord profond du tarse et proviennent des vaisseaux perforants naissants de l'arc interne.

Ces deux groupes de vaisseaux, les uns descendants, les autres ascendants, vont à la rencontre les uns des autres et se fusionnent au niveau du tiers inférieur du tarse où ils se résolvent en un fin et très riche plexus capillaire sous-épithélial.

SYMPTOMATOLOGIE SPECIALE

Dans le stade prétrachomateux de WILSON (*American journal of ophthalmology* May 1932) la configuration des vaisseaux conjonctivaux, est modifiée à la paupière supérieure. Les vaisseaux perforants descendants et les vaisseaux ascendants, deviennent légèrement congestionnés et de ce fait même, plus visibles à l'œil nu. En même temps, les capillaires de la conjonctive tarsienne qui sont normalement, absolument transparents et pratiquement non colorés, commencent à devenir plus évidents jusqu'à atteindre l'aspect de fines, minces et rouges ponctuations répandues sur toute la conjonctive tarsienne et, réunies entre elles sous la forme d'aires polygonales et hexagonales séparées par un lacis dentelé d'espaces linéaires pâles. Elles donnent la figure d'une sorte de mosaïque.

Avec les progrès de ces altérations, la conjonctive perd sa transparence normale et les branches artérielles ascendantes et descendantes, deviennent entièrement voilées par la congestion des capillaires, les branches descendantes sont celles qui disparaissent les dernières. A ce moment ou un peu plus tôt cependant, il est probable que le stade de trachome Tr de MAC-CALLIAN s'est définitivement établi, caractérisé par l'apparition des follicules trachomateux, plus grands, plus nombreux et moins apparents que les follicules lymphatiques et fait important, ces follicules sont toujours plus ou moins encerclés de petits

vaisseaux sanguins : généralement, c'est entre les deux branches de bifurcation d'un vaisseau, ou encore à l'aisselle d'un fin rameau capillaire, entre celui-ci et la branche mère que se trouve le follicule. Mais en Egypte, en raison de la fréquence des infections surajoutées et de l'irritation conjonctivale due à la poussière, au vent et à la reverbération, il est impossible de diagnostiquer d'une façon absolue, les premiers signes du trachome. Après une période indéfinie cependant, certains signes apparaissent par lesquels on peut noter la présence du trachome ; c'est alors le stade *Tr*, mais qui est précédé comme nous venons de le dire, par un stade plus précoce, peu différent comme aspect d'une simple conjonctivite chronique bénigne.

Voici quelques caractères particuliers du trachome que l'on observe en Egypte et dans les pays du Proche Orient. De ces pays, comme l'ont démontré MORAX et LACAT en 1901, le trachome est une maladie généralement de l'enfance. MAC-CALLAN, disait de l'enfant d'une mère trachomateuse avant qu'il naisse, qu'il était infailliblement voué à l'infection.

La dernière statistique des hôpitaux du Gouvernement Egyptien, accuse sur 10,255 élèves des écoles gouvernementales, 189 seulement n'offrant pas de trace de trachome, soit 1,88 % examinés ; 3,419 ou 34 %, présentant du trachome cicatriciel, les autres, les trois autres formes de trachome floride. L'enfant atteint l'âge de 5 à 6 ans avec des sequelles de trachome (entropions, trichiasis, blépharophimosis), ce qui ne s'observe que rarement dans les autres pays. A l'éversion de la paupière, on trouve souvent un trachome cicatriciel, 34 % ; la guérison spontanée, est en effet particulière à l'enfance alors qu'elle est rare dans l'infection de l'adulte. Parmi les malades qui n'ont pas obtenu une guérison spontanée de leur trachome

me, la maladie évolue chez les uns très lentement sans donner de symptômes inquiétants, alors que chez les autres, la maladie revêt des formes rebelles, faisant endurer aux malades de réelles souffrances. Si l'on retourne leurs paupières, on trouve des cicatrices entremêlées d'îlots plus ou moins étendus de papilles trachomateuses irrégulières (trachome *Tub*, de MAC-CALLAN). A part que ces îlots irritent par leurs aspérités la cornée, il faut craindre une infection rejetée de la muqueuse cicatrisée tant qu'il persiste un reste d'îlot non cicatrisé.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Quant au *diagnostic différentiel*, il n'est difficile qu'au début de l'affection c'est-à-dire avant l'apparition des follicules au niveau de la *conjonctive tarse supérieure*, on peut alors penser aussi bien au trachome qu'à une conjonctive chronique, qu'à des follicules lymphatiques normaux plus développés et plus nombreux chez les enfants lymphatiques ; on peut penser aussi à une conjonctivite folliculaire et enfin à un trachome aigu.

Nous donnons dans un tableau ci-dessous, les principaux caractères distinctifs des follicules normaux, de la conjonctivite folliculaire et des follicules trachomateux.

Réserveons une importance spéciale à la différenciation du trachome aigu, de la conjonctivite folliculaire.

Plus tard dans l'évolution de l'affection, apparaissent des signes vraiment pathognomoniques ; ce sont les altérations cornéennes suivantes :

- 1° Infiltration de la partie supérieure de la cornée.
- 2° Follicules trachomateux bien définis de la cornée.
- 3° Pannus, ténus ou crassus.
- 4° Zone grisâtre en forme de lunule à la périphérie de la cornée lisse ou à aspérités.
- 5° Puits d'Herbert (cicatrisation des follicules au niveau du limbe cornéen).
- 6° Sclérose du limbe, ou cicatrices dans la zone grisâtre.

C'est grâce à une ou plusieurs de ces modifications cornéennes, dans certains cas de trachome Tiv où la conjonctive est très lisse, que l'on peut faire le diagnostic rétrospectif. En effet, souvent les fines cicatrices ressemblent à des pointillés pouvant être confondus avec les follicules du Ti. Ces modifications cornéennes, particulièrement la première en date (le pannus), ne se voient que dans le trachome avancé si la conjonctive supérieure est occupée par des follicules. Si les follicules sont à la conjonctivite inférieure ou seulement aux angles, comme cela arrive dans les cas très récents, la cornée est toujours saine.

TABLEAU

FOLLICULES NORMAUX

- 1° TRES PETITS DE DIMENSION.
- 2° ONT LA MEME COLORATION QUE LA CONJONCTIVE ET SONT A PEINE PROEMINENTS.
- 3° DE NOMBRE LIMITE.
- 4° LE PLUS SOUVENT SITUES AUX ANGLES OU LEUR NOMBRE N'EXCEDE PAS 4-8.
- 5° PEUVENT ETRE DISPERSES DANS LE CUL-DE-SAC INFERIEUR OU SUPERIEUR.
- 6° SE VOIENT CHEZ LES ENFANTS A PREDISPOSITION LYMPHATIQUE.

FOLLICULES DE LA CONJONCTIVITE FOLLICULAIRE

- 1° DE PLUS GRANDE DIMENSION.
- 2° ONT LA MEME COULEUR QUE LA CONJONCTIVE MAIS SONT BIEN PROEMINENTS.
- 3° SONT NOMBREUX.

- 4° LA PLUPART EXISTENT DANS LE CUL-DE-SAC SUPERIEUR OU INFERIEUR, MAIS JAMAIS SUR LA CONJONCTIVE DU TARSE SUPERIEUR.
- 5° ALIGNES SUR DEUX OU TROIS RANGEES.
- 6° SE VOIENT DANS DES GROUPEMENTS TELS QU'A L'ECOLE OU AU REGIMENT.
- 7° DISPARAISSENT AVEC LE TRAITEMENT.
- 8° NE LAISSENT PAS DE CICATRICES NI DE COMPLICATIONS CORNEENNES.

FOLLICULES TRACHOMATEUX

- 1° FOLLICULES PLUS GRANDS, PLUS NOMBREUX ET MOINS TRANSPARENTS.
- 2° TOUJOURS PLUS PALES QUE LA CONJONCTIVE ENVIRONNANTE QUI EST CONGESTIONNEE.
- 3° DE NOMBRE ILLIMITE.
- 4° SE TROUVENT SUR TOUTES LES PARTIES DE LA CONJONCTIVE, MEME SUR LA CONJONCTIVE BULBAIRE ET LA CORNEE.
- 5° TOUJOURS A LA BIFURCATION D'UN VAISSEAU OU A L'ANGLE FORME PAR UN VAISSEAU ET SA BRANCHE ET CHAQUE FOLLICULE EST ENCERCLE PAR UN VAISSEAU MENU, FIN ET VISIBLE.
- 6° LA CONJONCTIVE ENVIRONNANTE EST INFILTREE ET EPAISSIE.
- 7° APPARAISSENT AUSSI DANS LES GROUPEMENTS D'INDIVIDUS.
- 8° DISPARAISSENT LENTEMENT AVEC LE TRAITEMENT.
- 9° LAISSENT DES CICATRICES PERMANENTES.
- 10° DONNENT GENERALEMENT DES COMPLICATIONS CORNEENNES.
- 11° DONNENT LA REACTION DE TRICOIRE (1).
- 12° PRENNENT LA COLORATION VITALE.

(1) C'est une réaction intra-dermique revue par MICKOELIAN qui est positive dans 68 % des cas de trachome.

REACTIONS DE LABORATOIRES

A. — *La réaction du Tricoire*, est faite à l'aide d'un antigène de la façon suivante :

1° Le contenu des follicules trachomateux, est retiré.

2° Dilué et trituré avec 10 fois son volume de solution physiologique.

3° Mis à l'étuve à 37°C pendant deux semaines.

4° Centrifugé et dilué avec un égal volume de solution physiologique.

5° A 10 cc., on additionne deux gouttes de teinture d'iode. On injecte 0 cc. 25 dans la peau de la surface externe du bras. Une papule dure et rouge apparaît après 48 heures si la réaction est positive ; dans le cas contraire, rien n'apparaît. MIKAELIAN l'a essayée et l'a trouvée positive dans 68 % des cas de trachome.

B. — *La coloration vitale* :

GALLEMERTS emploie le bleu de méthylène dilué dans 0,4 % d'une solution aqueuse. Quelques gouttes sont instillées dans le sac conjonctival, et l'on répète l'instillation deux ou trois fois si nécessaire.

Les vieilles solutions sont moins irritantes que les fraîches. Si l'irritation est forte, il est préférable d'instiller de la cocaïne.

Il est intéressant de voir quelques cellules de l'épithélium, isolées ou groupées, prendre la coloration bleu intense plus accentuée dans la région de la conjonctive tarsiennne que dans la conjonctive bulbaire. Ces cellules fortement colorées, sont indépendantes des lésions de la muqueuse sous-jacente et sont toujours plus nombreuses dans le trachome que dans les autres formes de conjonctivite. Elles sont plus nombreuses dans le vieux trachome que dans les cas ré-

cents. Si l'on gratte la surface de la muqueuse et qu'on examine le produit de grattage sur une lamelle avec un grossissement suffisant du microscope, on voit le noyau ainsi que le protoplasme, fortement colorés. Ceci prouve que ces cellules sont mortes ou en voie de destruction. Dans le trachome ancien, les cellules colorées sont groupées et forment des plaques réelles.

TRACHOME ET CONJONCTIVITE FOLLICULAIRE

Plus compliqué et difficile est le diagnostic différentiel entre le trachome aigu et la conjonctivite folliculaire.

La différenciation de la conjonctivite folliculaire du trachome (M. MEYERHOF : *Clinical considerations on acute trachoma and follicular conjunctivitis*), a été faite pour la première fois, si nos connaissances sont exactes, en 1876 par Th. SAEMISH. Son opinion était acceptée par plusieurs ophtalmologistes et rejetée par d'autres qui se nommèrent « unitaristes » et prirent la conjonctivite folliculaire pour une forme bénigne du trachome. Aujourd'hui la théorie « dualiste » est classique.

L'expérience la plus importante concernant cette question a été faite par AXENFELD en 1896 qui s'inocula lui-même le contenu des follicules d'un enfant souffrant de conjonctivite folliculaire durant une épidémie scolaire locale. Il eut une infection aiguë suivie d'un stade chronique de folliculose dans les deux yeux, qui dura plus de 18 mois et présenta l'aspect d'un trachome folliculaire sévère. Il refusa de se soigner, convaincu d'un agent étiologique différent de celui du trachome et vers la fin de la deuxième année, les follicules disparurent sans laisser de cicatrices ou de pannus. Pas un des écoliers infectés ne présenta de sequelles de l'infection.

En 1925, ELSHNG (de Prague), publia un très intéressant mémoire dans lequel, il confessa être à l'égal de son maître SCHNABEL, un unitariste dans le sens le plus restreint. Il distingua 4 formes folliculaires du trachome :

1° Le trachome aigu dont l'existence est contestée par plusieurs, il commence par une conjonctivite folliculaire aiguë ressemblant à une infection par le bacille de Kockweek ou le pneumocoque. Il y a une infiltration générale de la conjonctivite non folliculaire, mais suivie ensuite quelquefois, par des follicules, un pannus progressif et des ulcères cornéens. Cette affection se termine par un épaissement et une induration du tarse et ne laisse pas après elle une atrophie considérable.

2° La même forme de trachome (dite par Fucks) « trachome papillaire », commençant d'une manière subaiguë habituelle et durant une longue période.

3° Le trachome folliculaire chronique habituel dans une forme sévère et

4° une légère forme de trachome folliculaire chronique, *cette dernière* est celle nommée « conjonctivite folliculaire », par la majorité des oculistes.

La forme I d'ELSCHING et II, correspondent au trachome *Tub* de MAC CALLAN et la forme III au trachome *Tua*. La forme IV d'ELSCHING, est caractérisée par la formation des follicules dans les culs-de-sac supérieurs et inférieurs et dans les plis conjonctivaux adjacents. Cette forme peut guérir sans cicatrices, mais peut s'accompagner aussi d'un pannus même dans les formes les plus sévères, ou d'un pannus charnu.

ELSCHING, réserva la désignation de « conjonctivite folliculaire » aux cas de formation folliculaire surtout dans le cul-de-sac inférieur des jeunes individus, sans zones de réaction environnantes.

Ces cas considérés par SCHNABEL comme « des fol-

licules de conjonctive normale » et appelés par AXENFELD et d'autres auteurs allemands « *folliculose conjunctivale* ».

ELSCHING ne croit pas que cette forme puisse être contagieuse, et il observe chez les mêmes membres d'une famille durant des années sans que l'affection se transmette aux autres membres. Au contraire, il trouva sa « forme IV de trachome » associée à d'autres plus sévères formes d'une façon endémique parmi les étudiants d'un collège russe.

Il y a deux arguments en faveur de l'hypothèse unitariste d'ELSCHING : La première est que quelquefois on observe un malade qui a un œil atteint de la conjonctivite folliculaire et l'autre de réel trachome, mais cette coïncidence est extrêmement rare. L'autre argument, est qu'un réel trachome peut guérir sans aucune trace de cicatrice.

D'autre part ce qui doit nous maintenir dualistes, c'est qu'on observe une plus ou moins rapide infection de la conjonctive, déterminant la conjonctivite folliculaire, et dans la majorité de ces cas, les follicules disparaissent sans traitement, quelquefois après des années.

MEYERHOF du Caire, se rappelle avoir vu deux garçons durant ses inspections scolaires dans les districts de BROMBERG (maintenant BYDGOSZ et POLAND), infectés de trachome, qui avaient leur conjonctive (cul-de-sac et tarse) littéralement criblée de follicules. Il eut l'opportunité d'examiner leurs yeux chaque 3 mois de 1898 à 1901 et à la fin de cette période, les follicules avaient disparu en dépit du traitement (installation d'une solution faible de sulfate de zinc) et qui avaient d'ailleurs été très négligés par leur parents.

En 1903, le Docteur C. AUGSTEIN l'informa par lettre que 'les 'follicules 'avaient 'disparu 'des 'conjonctives

des deux garçons et qu'ils ne laissaient pas trace, même pas du pannus. Dans d'autre cas les follicules se développent lentement comme dans les cas d'infection légère de trachome, mais après 1 ou 2 mois ils disparaissent après un traitement indifférent sans laisser de cicatrice.

Dans une troisième catégorie de cas, les follicules apparaissent rapidement en évoluant comme une conjonctivite aiguë ou subaiguë et disparaissent rapidement après 15 jours. Il est difficile de ranger ces cas sous la dénomination de trachome et pour cette raison MEYERHOF n'admet pas la façon de penser d'ELSCHING.

On faisait autrefois le diagnostic du trachome aigu dans tous les cas qui présentaient l'aspect d'une conjonctivite catarrhale aiguë et se transformaient ensuite en celui d'un trachome. Mais en 1901 et 1902, MORAX fournissait la preuve par ses investigations faites en Egypte, que la plupart des cas appelés trachome aigu au moins ceux observés dans les terres chaudes, étaient des combinaisons de conjonctivite aiguë causée par des microbes (gonocoque, Kock-weeks, bacille de Morax, Axenfeld) avec une conjonctivite chronique. MORAX était incliné à nier l'existence d'un trachome aigu non compliqué et encore dans son excellent traité (Morax et Petit, 1929), il désigne ces cas sous le titre de trachome subaigu. Le début subaigu est en réalité la règle dans les infections trachomateuses soudaines. Mais MEYERHOF a une série de cas dans lesquels le début d'un trachome non compliqué était marqué par des symptômes infectieux tels que : œdème des paupières, chémosis, violent gonflement préauriculaire, etc. De sorte que ces cas ne se différencient d'une conjonctivite catarrhale aiguë ou purulente que par le peu de sécrétion et l'absence de microbes pathogènes dans les frottis.

KAPUSCHINSKI, déclare qu'il est impossible de différencier le trachome insidieux des autres formes d'affections folliculaires de la conjonctive. Nous observons en réalité, un développement folliculaire et papillaire de la conjonctive dans un certain nombre de maladies autres que le trachome. Telles sont à côté de la conjonctivite folliculaire, la conjonctivite des piscines, le catarrhe atropinique, le catarrhe causé par l'éversion des points lacrymaux, par l'ectropion et par les corps étrangers (exemple : caterpillar hairs), conjonctivite métabeunorrhéique fréquemment observée en Egypte, certaines formes de catarrhe printanier et conjonctivite des nouveau-nés, actinomycose, syphilis, la tuberculose de la conjonctivite et la conjonctivite de Parinaud. Les quatre dernières affections sont très rares en Egypte.

Quant à la *conjonctivite folliculaire*, il est réellement impossible dans un pays infecté par le trachome tel que l'Egypte, de distinguer son stade aigu et le stade subaigu qui le suit du trachome avant quatre semaines au moins du début de l'affection. Durant cette période, MEYERHOF a l'habitude de la désigner, ainsi que CUÉNOD, sous le nom de « trachoma dubium ».

Les symptômes communs à la conjonctivite folliculaire aiguë et au trachome subaigu, sont les suivants :

1° Œdème des paupières avec ptosis, ce dernier étant en partie une conséquence mécanique de l'œdème, et en partie dû à une déficience toxique des muscles de MULLER.

2° Rougeur bulbaire périphérique et quelquefois œdème (chémosis) durant parfois 20 jours. La congestion et le gonflement du tégument bulbaire peuvent être si forts qu'ils méritent le nom *d'aigu*.

3° Rougeur, aspect velvétique avec ou sans follicules visibles dans toutes les différentes parties de la conjonctive de la paupière. La formation de folli-

cules dans les angles internes et externes, dans le cul-de-sac supérieur, dans les plis et dans la conjonctive tarse ne sont pas des signes caractéristiques du trachome ; ils peuvent arriver aussi bien dans les cas qui plus tard montrent une guérison rapide sans cicatrice et sans affection cornéenne.

4° Le contraste qui existe entre le début, violent de gonflement, et la très faible sécrétion plutôt muqueuse que purulente, laquelle est généralement exempte de germes pathologiques, et contient la flore ordinaire du sac conjonctival en même temps que les « inclusions » trouvées par MEYERHOF dans environ 30 % des cas.

5° Kératite épithéliale superficielle, la plupart des cas, dans le tiers supérieur de la cornée, sous forme de points gris très fins, lignes et taches confluentes. C'est cette manifestation qui est très responsable en grande partie de la forte douleur parfois, de la photophobie, et de l'épiphora de l'œil malade. Il a été considéré par quelques observateurs, comme un signe caractéristique du trachome insidieux mais il n'en est rien, car il peut disparaître très rapidement avec tous les autres symptômes.

6° Gonflement et sensibilité de la glande préauriculaire du côté de l'œil infecté. Ce symptôme omis par la plupart des auteurs, ne manque pourtant presque jamais. La glande préauriculaire peut atteindre la grosseur d'une noix, peut être douloureuse et donner lieu à un œdème collatéral s'étendant à la tempe et au cou, dans d'autres cas la glande enflée est dure à palper. Ce gonflement regresse en l'espace de 2 à 6 semaines. C'est un signe infaillible d'infection conjonctivale mais pas caractéristique seulement du trachome.

Comme tous les symptômes sus-mentionnés peuvent guérir sans laisser de trace, il n'est possible de

différencier ces deux affections que par l'examen soigneux de la cornée. La kératite épithéliale mentionnée sous le paragraphe 5, laisse après elle des vaisseaux dépassant le limbe.

WILSON et SOBHY croient que le franchissement du limbe par les vaisseaux, doit être considéré comme un pannus quand ces vaisseaux dépassent le limbe de 2 millimètres, tandis que RASHEED insiste sur la nécessité en plus de cette vascularisation, d'une certaine opacité en brouillard de la partie supérieure du limbe cornéen pour affirmer la présence du pannus.

En effet on trouve ces vaisseaux dépassant le limbe dans les affections nontrachomateuses suivantes : formes °de 'conjunctivite 'chronique °avec 'congestion, (soldats, marins, sportifs, fumeurs et buveurs), dans le catarrhe atropinique, dans la kératite marginale et les affections phlycténulaires. Dans plusieurs de ces affections, les vaisseaux, dépassant le limbe, entourent la cornée mais dans d'autres cas ils n'existent que dans la partie supérieure du limbe.

En Egypte, MEYERHOF note quelques cas extrêmement rares de kératite marginale profonde de Fuks qui laissèrent après eux, des vaisseaux dépassant le limbe accompagnés d'une lunule grisâtre. C'est une exception à la règle.

En l'absence de cicatrices conjonctivales, MEYERHOF a l'habitude en Egypte, de considérer le franchissement du limbe cornéen par les vaisseaux comme un signe rétrospectif certain d'infection trachomateuse ancienne, seulement dans les cas où il existe ce croissant grisâtre de la cornée. En général, ce croissant grisâtre du limbe cornéen, ne manque jamais dans le réel trachome alors que dans la conjunctivite folliculaire, les vaisseaux ne dépassent jamais deux millimètres et ne laissent jamais après eux ce brouillard cornéen.

Le second et le plus sûr symptôme de trachome, est comme nous l'avons mentionné dans les pages précédentes : l'invasion du limbe cornéen supérieur par les granulations (tissus diffus, follicules et élévations épithéliales irrégulières). Ce symptôme ne se voit pas avant que 4 semaines au moins se soient écoulées depuis le début de l'infection. De sorte qu'il n'est pas un signe de début. Les granulations laissent après elles, de petites excavations nommées « Herbert's puits » du nom de l'auteur qui en 1904 les a décrites le premier.

HOPITAUX OPHTALMOLOGIQUES D'EGYPTE

Le trachome est une terrible affection, particulièrement en Egypte où le pourcentage d'aveugles (un aveugle de un ou deux yeux, a atteint au cours de ces dernières années 6,7 % dans les hôpitaux ophtalmologiques du Gouvernement ; le chiffre s'élevait à 19,2 % en 1911 et c'est grâce à l'organisation des hôpitaux ophtalmologiques qui sont au nombre de 43 permanents et 18 volants, que nous devons cette diminution de la cécité. C'est une très belle œuvre dont l'origine remonte au philanthrope anglais Sir CASSEL qui en 1903 fit don de 40.000 Livres pour le traitement des maladies des yeux en Egypte.

MAC CALLAN fut chargé de l'organisation des hôpitaux ophtalmologiques.

Immédiatement on créa un hôpital ambulant, puis au fur et à mesure s'élevèrent les autres hôpitaux.

Des hommes de mérite et de grand esprit d'organisation, furent tour à tour à la tête de ces hôpitaux. De nos jours c'est le Docteur MAZNY BEY qui assure avec autant de zèle que de science la fonction de directeur des hôpitaux ophtalmologiques, le Docteur WILSON celui de directeur du Laboratoire de l'Hôpital Principal de Guizeh où il se livre avec ses collaborateurs à des recherches expérimentales ardentes pour découvrir le germe du trachome.

Voici un aperçu du fonctionnement d'un des Hôpitaux ophtalmologiques d'Egypte.

Les malades indigents (abus des non-indigents qui sont de plus en plus recommandés par des personnalités), arrivent depuis 7 heures du matin prendre leur feuille d'inscription où seront notés par le médecin la maladie et le traitement. Ces malades rentrent par une autre porte que la porte principale d'entrée réservée au personnel.

Leur feuille retirée, ils arrivent chez le médecin qui les examine.

1° Médecins qui opèrent (2 ou 3).

2° Médecins qui sont à la consultation (2).

3° Médecins qui soignent les nouveau-nés, les enfants en bas-âge, les cas opérés et ayant eu des complications (septiques, forte sécrétion, œdème palpébral, ulcères).

4° Médecins qui examinent à la chambre noire.

5° Médecins qui pratiquent les petites interventions. Expression du tarse, grattage, cathétérisme lacrymal, excision de chalazions.

Les malades examinés sont donc adressés par le médecin consultant aux médecins attitrés aux différentes divisions.

De ce fait, le jeune médecin fonctionnaire du gouvernement a, à sa disposition, tout le matériel scientifique nécessaire pour faire sa pratique.

Les lotions employées pour le lavage des yeux sont :

L'énesol et le sublimé 1 pour 5.000,

le nitrate d'argent à 2 % est employé pour tous les cas de forte sécrétion et rougeur.

Les médecins sont tous fonctionnaires du gouvernement égyptien et travaillent à l'hôpital de 8 h. à 1 h. Les jeunes (médecins) qui n'ont pas encore passé leur examen final (il y a deux examens ophtalmologiques à passer, l'un après 6 mois, l'autre après un an), restent chacun à son tour de 1 heure à 6 heures de l'après-midi à l'hôpital pour soigner les cas urgents qui se présenteraient.

Une hospitalisation exceptionnelle est tolérée pour les malades indigents qui n'habitent pas la ville et qui ont besoin de soins urgents journaliers.

Le malade trachomateux au stade III de cicatrisation, est très souvent considéré comme n'ayant plus besoin des soins à l'hôpital (valide). On leur donne un collyre à mettre chez eux 3 fois par jour, au sulfate de zinc à 0,5 % et coloré au pyocyanate de mercure afin de frapper l'imagination du malade qui ne retient un médicament que par sa couleur.

Les cas qui nécessitent des lavages continuels, sont mis à part dans une chambre où le tamargui (infirmier) leur enseigne comment ils doivent se laver. Ces cas sont autorisés de retourner l'après-midi à l'hôpital. Le personnel comprend le médecin en chef et ses subalternes, les tamargui ou tamarguia (infirmier ou infirmière).

Quant aux trachomateux qui forment la plus grande partie des malades ils sont soignés de la façon suivante :

Dans les stades de début ainsi que dans tous les cas qui présentent une sécrétion plus ou moins intéressante, on procède au badigeonnage des muqueuses à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 2 % afin de faire disparaître le plus possible les infections surajoutées. Les follicules sont alors exprimées et la muqueuse frictionnée pendant quelque temps avec le sublimé à 1 %.

Quand la cicatrisation commence à se faire, on a recours aux frictions à l'aide d'une solution de sulfate de cuivre au 1/10.

Les cas de trachome TI (voir page 12) sans fortes sécrétions sont soignés immédiatement par des frictions à l'aide d'une solution de sulfate de cuivre au 1/10 afin d'enrayer l'infection à son début.

NOUVELLE PERSPECTIVE DU TRAITEMENT DU TRACHOME

Tous les médecins qui ont soigné des trachomateux ont observé quelques jours après une intervention des récides d'infection cornéenne (progression du pannus, infiltrations, ulcères). On ne peut pas attribuer ces désastres à des interventions exécutées sur des conjonctives n'ayant pas été débarrassées des infections secondaires ; on ne peut pas non plus accuser le bandage après l'opération, car ces cas malheureux surviennent en dépit de toute précaution prise. Ces complications s'amendent peu à peu par l'application du raclage quotidien de la muqueuse suivi d'une friction chimique.

Le raclage journalier est le terme par lequel les Docteurs MEYERHOF et S. HABACHI ont qualifié leur procédé. Il s'agit en effet : 1° d'agir assez profondément pour atteindre l'infiltration infectieuse qui comme on le sait, est pour la paupière, sous-épithéliale dans le chorion, la couche adénoïde ; 2° Etre journellement répété parce que la maladie est tenace, pour tendre à produire une cicatrisation régulière et progressive. Il ne nous reste plus à présent qu'à décrire le procédé de MEYERHOF et HABACHI.

Anesthésier la conjonctive par l'instillation d'une goutte de cocaïne, pantocaïne. Retourner la paupière à l'aide d'un Desmarres, racler superficiellement à l'aide du tranchant d'un scarificateur stérilisé, en le

tenant obliquement, ou d'une spatule coudée à bord suffisamment tranchant. Ce raclage va provoquer les premières fois un écoulement sanguinolent très léger et une légère douleur. Par la suite, les conjonctives s'endurcissent et l'écoulement et les douleurs se réduisent à peu de choses. Ce prélèvement pour ainsi dire, de l'épithélium conjonctival et d'une quantité minime de la couche adénoïde, est suivi par une friction à l'aide d'un petit tampon de gaze étroitement serré (porté par une simple pince hémostatique) imbibé d'une solution de sublimé à 1 ‰. On peut remplacer cette solution chez les malades sensibles qui font facilement des lésions cornéennes, par une solution à 3 % de protargol, 5 % d'argyrol et dans les cas de très forte irritation par la solution physiologique. Dans certains cas rebelles (papillaires), on s'est bien trouvé d'une solution hypertonique de sulfate de cuivre à 1/20 (sulfate de cuivre 1 gramme, glycérine 5 gr., eau distillée bouillie 15 gr.) et il est arrivé de voir des kératites panneuses rebelles céder à la friction cuprique alors qu'elles avaient résisté assez longtemps au sublimé. S'il y a forte sécrétion, nous préférons faire suivre le raclage d'un badigeonnage au nitrate d'argent.

Etant donné la causticité du nitrate d'argent, le badigeonnage doit être léger. Il serait mieux de dire un attouchement au nitrate d'argent à 1/100.

Les frictions trop énergiques provoquent quelquefois, le lendemain de l'intervention, de légères pseudomembranes superficielles qui empêchent de poursuivre journellement le raclage, on se contentera alors de badigeonner la muqueuse au protargol ou à l'argyrol pendant un ou deux jours avant de reprendre le raclage journalier.

Les papilles proéminentes sont abrasées à l'aide d'un fin scalpel ou d'un couteau de Grœffe, ce qui

demande parfois plusieurs séances. Dans la majorité des cas, on remarque dès les premiers jours, la régression des infiltrations, kératites et ulcères cornéens ainsi que du pannus. Il est curieux d'assister à la régression des lésions cornéennes, tout en n'agissant sur elles qu'indirectement, par l'intermédiaire de la conjonctive palpébrale. Certes, l'absorption médicamenteuse (sublimé, cuivre) se fait en partie grâce à la circulation cornéenne anormale (vaisseaux néoformés du pannus et aux cellules migratrices de l'épithélium cornéen, et en partie aussi par les phénomènes d'osmose, d'absorption directe et de diffusion.

La friction médicamenteuse après l'exfoliation de l'épithélium conjonctival, porte sur les couches superficielles du tissu adénoïde immédiatement sous-jacent à l'épithélium, zone vasculaire par excellence où se trouve un réseau de capillaires émanés du réseau profond situé dans les couches moyennes du chorium conjonctival. Ce réseau est formé en partie par la réunion des branches terminales des palpébrales qui constituent l'origine des vaisseaux néoformés du pannus.

On comprend dès lors que le médicament absorbé par ces capillaires de la paupière, arrive à la cornée.

Cependant d'après MEYEROFF et HABACHI, le facteur principal de l'heureux retentissement de cette méthode thérapeutique sur la cornée est l'exclusion progressive du rôle mécanique irritatif des aspérités conjonctivales de la paupière.

Les symptômes inflammatoires cessent dans la plupart des cas et les malades se sentent très soulagés, la sensation de gravier qui les gêne surtout au réveil, la pesanteur des paupières, le larmolement et la photophobie cessent souvent après trois jours de raclage ; on voit aussi la disparition rapide des phénomènes objectifs tels qu'infiltrations cornéennes, engorge-

ment des vaisseaux du pannus et injection péricornéenne qui diminuent. En continuant patiemment ce traitement pendant plusieurs semaines et dans les cas très rebelles pendant plusieurs mois, on peut obtenir dans un grand pourcentage de cas, une cicatrisation fine et lisse de la conjonctive, sans intervention chirurgicale (écrasement, grattage, etc...).

Il est prudent chez certains malades de faire suivre ce traitement d'applications au crayon de sulfate de cuivre pour parfaire la cicatrisation ; mais tous les malades ne le supportent pas, surtout pendant la saison chaude ; il faut alors retourner au raclage journalier suivi des frictions chimiques sus-indiquées.

Ce procédé est presque toujours bien supporté dans les différentes formes de trachome. Il se produit parfois au cours du traitement des rechutes d'infection cornéenne qui disparaissent après une ou deux semaines par l'application du même traitement aidé des compresses tièdes et des calmants.

MEYEROFF et HABACHI ne renoncent pas aux opérations plus énergiques : écrasement, expression, grattage, qui dans certains cas, raccourcissent la durée du traitement, mais ils les font suivre, après quelques jours de traitement au nitrate d'argent 1 %, protargol 3 %, par une reprise du raclage journalier qui leur permet d'atteindre la cicatrisation complète et lisse.

OBSERVATIONS

Voici quatre observations que le Docteur HABACHI a eu l'amabilité de me passer :

OBSERVATION I

Georges A..., 43 ans, Syrien, né en Egypte, souffre de trachome depuis l'âge de 10 ans, a eu plusieurs accès récidivents de kératite panneuse. Opéré et soigné pendant 33 ans, sans succès. Le malade se présente en mars 1923 dans un état lamentable O. D. G. trachome II (forme papillaire très sérieuse) avec quelques travées cicatricielles, pannus leucomateux total, état lacrymal et éversion de la paupière inférieure gauche V. O. D. : 1/5. V. O. G. 1/15.

Au cours de l'observation, le malade a eu plusieurs accès de kératite, avec une opacification de la cornée, telle, qu'il ne pouvait pas se conduire seul. A subi en juin 1923 une opération (écrasement à la pince de Knapp, grattage et abrasion des papilles proéminentes avec un fin scalpel). Quinze jours après, rechute de kératite ; à partir de ce moment, institution du raclage journalier qui amène une bonne guérison avec cicatrice lisse vers la fin septembre 1923. La guérison s'est maintenue et le malade n'a pas eu de rechute de trachome. Il a subi l'électrolyse de deux cils de trichyasis à l'œil droit, qui avait provoqué une irritation. Le malade a été revu en 1932, la guérison se maintenait parfaite.

OBSERVATION II

Mlle Tinna I..., 28 ans, européenne née en Egypte, souffrant de trachome depuis son enfance (Trachome II b' très grave avec proéminence des papilles). Examinée en octobre 1932, l'œil gauche présente un trachome presque cicatrisé avec entropion. L'œil droit : Tr. floride, entropion, blépharo-phimosis. La malade a été longtemps soignée, trois fois opérée sans succès, puisque les attaques de kératite la rendent incapable de travailler.

Après canthoplastie, écrasement et grattage, la malade a de nouveau à la fin d'octobre une rechute (formation de nouvelles granulations et kératite). Mi-novembre, commencement du traitement par le raclage journalier qui donne un bon résultat jusqu'en mars 1933, la cicatrisation fine et lisse se maintient, plus d'accès de kératite. La malade a été revue en parfaite santé en juillet 1935.

OBSERVATION III

Jacques I..., 16 ans, souffre depuis 2 ans de trachome à l'œil gauche. Examiné pour la première fois en 1932, au début de son affection (T. I.) à l'Hôpital du Gouvernement de Guiseh.

Depuis, malgré les soins qu'il recevait, son trachome évolua. Quand il s'est présenté à notre consultation, le 16 décembre 1933, il avait l'œil droit exempt de trachome, l'œil gauche Tr. II b' où prédominait l'hypertrophie conjonctivale et papillaire, kératite panneuse supérieure avec forts larmoiements et photophobie. V. O. D. : 6/18. V. O. G. : 6/24 (sans amélioration).

Après un traitement préopératoire consistant en un raclage journalier suivi de frictions au protargol ou au sublimé, le malade subit le 27 mai 1934 l'expression et le grattage. Une semaine après, réapparition de papille et accès de kératite. Ces phénomènes s'amendent par le raclage journalier suivi des frictions sus-mentionnées.

Le 28 août 1934, disparition complète des papilles, il reste encore une légère hypertrophie conjonctivale. Le 7 décembre 1934, la guérison est parfaite. Le malade, revu le 27 février 1935, a la vision suivante : V. O. D. : 6/18. V. O. G. : 6/12.

OBSERVATION IV

Fahmy A..., 25 ans, souffre depuis 7 ans de trachome. A été soigné tous les ans pendant 5 à 6 mois. Examiné le 6 février 1932, le malade à O. D. G. : Tr. I, II, myopie, O. D. : pannus irrégulier. V. O. D. : 6/60. V. O. G. : 6/60 faible. Le 20 mars 1932, l'œil droit est fortement irrité, très fortes granulations kératite et sécrétion. Le 11 décembre 1933, date à laquelle le malade se présente avec l'intention de recevoir nos soins, les follicules avaient disparu, mais les papilles persistaient O. D. G. Tr. II b' (forme papillaire très rude). Après un traitement préopératoire le 20 décembre 1933, le malade subit un écrasement (toujours utile en raison des follicules cachés entre les papilles) et grattage. Le raclage journalier amène le 3 mai 1934 une cicatrisation totale à O. G. A O. D. il reste quelques traînées de papilles entourées de tissus cicatriciels. A partir du 29 juin 1934, O. D. abrasion répétée des papilles, suivie de frictions au sulfate de cuivre au 1/20.

Le 30 juillet 1934, guérison parfaite et maintien de ce bon résultat jusqu'à aujourd'hui.

RESUME ET CONCLUSIONS

Un mot résume ce procédé de traitement du trachome : le raclage journalier.

Les conditions d'efficacité de cette méthode sont :

1. — D'agir assez profondément pour atteindre l'infiltration infectieuse qui siège dans le chorion, la couche adénoïde.

2. — D'être journellement répété parce que le trachome est tenace et à récides très rapides.

3. — Tendre à produire une cicatrisation régulière et progressive. Régulière parce que les aspérités de la conjonctive trachomateuse, en irritant incessamment la cornée, sont pour la plus grande part dans son infection. Progressive, parce que les moyens mécaniques et chimiques violents retentissent souvent fâcheusement sur la cornée et peuvent produire des cicatrices épaisses et irrégulières.

Le raclage journalier est pratiqué comme nous l'avons vu à l'aide du tranchant d'un scarificateur stérilisé, après avoir anesthésié et retourné la conjonctive. Ce raclage journalier est suivi d'une friction à l'aide d'un liquide antiseptique, sublimé à 1 %, argyrol.

Nous n'avons jamais eu la prétention de substituer cette méthode, aux autres classiques, qui ont fait leurs

preuves depuis la plus haute antiquité égyptienne (1), et à celles magnifiques que nous enseignent nos Maîtres.

Les différents traitements du trachome naissent du même principe : un acte mécanique d'abord, un acte chimique ensuite. Leurs modalités d'application seules, peuvent être changées.

Le raclage journalier, illustré des quatre observations ci-dessus mentionnées, pourra, nous le pensons, être appliqué avec succès dans quelques cas rebelles du trachome.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

(1) Les follicules trachomateux étaient écrasés avec un *morceau de sucre*, et la conjonctive cautérisée avec la « pierre bleue » (sulfate de Cu), puis le malade se rinçait les yeux avec l'Eau Bénite du Nil.

BIBLIOGRAPHIE

MEYERHOF et HABACHI. — D'un mode particulier de traitement des formes rebelles du trachome. (Le raclage journalier). Extrait de la *Revue du trachome*, octobre 1935.

CUÉNOD et NATAL. — *Le trachome*. Masson, édit.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Définition	11
Formes cliniques du trachome	12
Symptomatologie spéciale	14
Diagnostic différentiel	17
Trachome et conjonctivite folliculaire	22
Hôpitaux ophtalmologiques d'Egypte	30
Nouvelle perspective du traitement du trachome . . .	33
Observations	37
Résumé et conclusions	41
Bibliographie	43

